Stanford University Library FEB 6 1904

Ueber

Prostatitis acuta mit Abscessbildung

nach

Furunkulose.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Hohen medicinischen Facultät

der

Grossherzogl. Badischen Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

August Söhngen,

approb. Arzt aus Darmstadt.

Leipzig,

Druck von J. B. Hirschfeld

1903.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153311_0259

Ueber

Prostatitis acuta mit Abscessbildung

nach

Furunkulose.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Hohen medicinischen Facultät

der

Grossherzogl. Badischen Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

August Söhngen,

approb. Arzt aus Darmstadt.

Leipzig,

Druck von J. B. Hirschfeld

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Heidelberg.

Dekan: Hofrat Prof. Dr. Vierordt. 1903 Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Czerny.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Am Schlusse dieser Arbeit betrachte ich es als eine angenehme Pflicht Herrn Prof. Dr. Jordan für seine liebenswürdige Unterstützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Die acuten Entzündungen der Prostata mit Abscedirung können primärer oder secundärer Natur sein, d. h. sie können in der Drüse selbst entstehen oder aber durch Fortleitung von Entzündungen der Umgebung ihre Entwicklung nehmen. Die ersteren werden in der Literatur als idiopathische Abscesse bezeichnet und ihre Entstehung wird auf Erkältung, Ueberanstrengung, sexuelle Excesse, Missbrauch von Drasticis und dergleichen mehr zurückgeführt. Die secundäre Prostatitis nimmt ihren Ausgang von der Urethra oder der Blase, sie kann von einer acuten, nicht specifischen Urethritis sowie einer eitrigen Cystitis irgend welcher Provenienz ihre Entstehung nehmen; am häufigsten ist sie ein Folgezustand der Gonorrhoe.

Die ohne locale Veranlassungsursache entstehende sogenannte idiopathische Prostatitis suppurativa, die uns hier ausschliesslich beschäftigen soll, ist ein relativ seltenes Leiden, dessen Casuistik eine sehr spärliche ist. Routier theilte zwei einschlägige Fälle mit, die als typische Beispiele kurz skizzirt werden sollen.

1. Fall. 34jähriger Mann, der nie eine Verletzung der Harnröhre, nie eine Gonorrhoe gehabt, sowie niemals über Beschwerden bei der Miction zu klagen hatte, bekam plötzlich Erscheinungen von Retentio urinae mit nachträglich sich einstellendem Fieber. Nach mehrmaligen Anstrengungen, Wasser zu lassen, gelang es dem Kranken endlich mit grosser Mühe einige Tropfen Urin zu entleeren. Die ärztliche Untersuchung ergab zunächst eine ad maximum gefüllte Blase. Der mittelst Katheter entleerte Urin liess nach längerem Stehen am Boden des Gefässes Eiter erkennen. Die Harnröhre an sich bot nichts Besonderes dar, das Orificium externum war nicht entzündet. Patient klagte über Schmerzen am Gesäss und Tenesmus, konnte nur mit Mühe gehen oder sitzen. Die

Temperatur war 38,4. Die Digitaluntersuchung des Rectum stellte eine geschwollene, auf Druck schmerzhafte Prostata fest, deren beide Lappen deutlich vorgewölbt waren und Fluctuation erkennen liessen. Es handelte sich also um zwei geschlossene Abscesse, deren Eröffnung auf rectalem Wege ausgeführt wurde. Nach 8 Tagen war die Heilung vollendet.

2. Fall. 42 jähriger, kräftig gebauter Mann von gesundem Aussehen, der nie venerisch krank gewesen war, nie irgendwelche Beschwerden bei der Miction gehabt hatte, verspürte plötzlich Brennen beim Wasserlassen. Nach einiger Zeit trat Retentio urinae und Fieber auf. Patient wurde von nun ab täglich zweimal katheterisirt, bis er wieder spontan uriniren konnte. Jetzt erfolgten aber die Mictionen so häufig, dass Patient, nunmehr fieberfrei, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen sich genöthigt sah. Die Digitaluntersuchung des Rectum ergab einen Abscess des rechten Lappens der Prostata, der nach der Incision glatt ausheilte.

Zum Zustandekommen einer primären Prostatitis mit Abscedirung ist nach unseren heutigen Anschauungen eine Infection mit pyogenen Mikroben unbedingte Voraussetzung und zwar müssen dieselben auf dem Wege der Blutbahn in das Parenchym gelangen, die Entzündung muss demnach eine hämatogene, eine metastatische sein.

Das Gebiet der sogenannten idiopathischen Entzündungen und Eiterungen ist in den letzten 20 Jahren durch die Fortschritte der Bakteriologie mehr und mehr eingeengt worden; es hat sich herausgestellt, dass eine Reihe von Erkrankungen, die man früher als spontane, primäre aufgefasst hat, einer Kokkeninvasion von der Blutbahn aus ihre Entstehung verdanken, also metastatische Affectionen, pyämische Localisationen sind. Dies gilt z. B. für die acute Osteomyelitis, acute Para- und Perinephritis, acute Strumitis, für seltene Fälle von tiefliegenden Phlegmonen. Die genaue Untersuchung des ganzen Körpers und eine exacte Aufnahme der Anamnese führen in den meisten derartigen Fällen zum Nachweis einer Eingangspforte für die pyogenen Kokken, die am häufigsten durch Furunkel, Karbunkel, Panaritien, kleine eiternde Quetschwunden dargestellt wird. Es hat sich ferner die Thatsache ergeben, dass die primären kleinen Eiterherde längst abgeheilt sein können, wenn die metastatische Erkrankung in die Erscheinung tritt. Das Latenzstadium kann Wochen und Monate dauern. Daraus erklärt sich, dass die Eingangspforte leicht übersehen werden kann, zumal wenn die Vorgeschichte keine zuverlässige ist.

Gerade mit Bezug auf die acute Osteomyelitis sei an dieser Stelle aus einer Arbeit von Prof. Jordan Folgendes wörtlich angeführt:

„. . . . Wir konnten unter 14 Fällen von Osteomyelitis 8 mal die Quelle der Infection eruiren und dabei gleichzeitig zu der Erkenntniss kommen, dass die pyogene Blutinfection fieberlos verlaufen und das

Incubationsstadium der Mikroben an dem Orte der Niederlassung im Knochen ein langes sein kann. Der primäre Entzündungsherd kann längst abgeheilt sein, wenn die Metastase klinisch nachweisbar wird.

Diese Thatsache macht die Fälle verständlich, in denen trotz eifriger Nachforschung die Ursache der Erkrankung dunkel bleibt. Der Patient welcher anscheinend acut mitten im besten Wohlsein von der Osteomyelitis befallen wird, befand sich in den meisten Fällen schon längere Zeit in dem symptomlosen Incubationsstadium seines Leidens. Ein leichtes Trauma, eine Erkältung, eine Ueberanstrengung bereiteten durch Herabsetzung der Resistenzfähigkeit der Gewebe den Mikroben die Bedingungen zu rascherer Vermehrung, zu schnellerem Siege und zum Einbrechen in das Gefässsystem. Die Osteomyelitis tritt dann scheinbar als spontane Erkrankung auf, während sie in Wirklichkeit einer secundären Kokkenstationirung ihre Entwicklung verdankt.

Die Berechtigung, die Osteomyelitis mit bekannter Eingangspforte als secundäre von der primären abzutrennen, letztere als Regel, erstere als Ausnahme aufzufassen, besteht meines Erachtens nicht. Ich glaube, dass bezüglich der Entscheidungen dieser Frage das Gelingen des Nachweises eines Primärherdes in einer Anzahl von Beobachtungen weit mehr in die Wagschale fallen muss, als das Misslingen desselben in anderen Fällen und möchte der Ansicht zuneigen, dass die Osteomyelitis am häufigsten eine Secundäraffection ist.

Aber selbst wenn man auf dem Standpunkt beharrt, dass die Infectionserreger am Orte des Eindringens in den Körper keine Veränderungen zu hinterlassen brauchen, so ist auch von bakteriologischen Gesichtspunkten aus keine principielle Differenz zwischen primärer und secundärer Osteomyelitis bestehend. Für den Infectionsmodus ist es ohne Belang, ob die Kokken direct etwa von den Hautcanälen aus ihren Eingang in die Blutbahn finden oder erst nach örtlicher Wucherung in die Circulation gelangen: Das Wesentliche ist die gemeine Thatsache, dass sie durch das circulirende Blut in entfernte Organe getragen werden und daselbst haften und sich vermehren. Denn diese Art der Entstehung einer Entzündung deckt sich mit dem Begriff der hämatogenen, der metastatischen.

Es ist von vornherein sehr wahrscheinlich, dass die Erfahrungen, die man bei den acuten Eiterungsprocessen gemacht hat, auch für das Gebiet der primären acuten eitrigen Prostatitis Anwendung finden müssen, denn die ätiologischen Momente, die man zur Erklärung dieser Prostatitis herangezogen hat, die Erkältung, Ueberanstrengung, Erschütterung des Dammes beim Reiten, Radfahren u. s. w. können

doch nur eine locale Disposition, aber nicht die Eiterung als solche schaffen. Zum Zustandekommen der letzteren ist die bakterielle Infection vom Blut aus erforderlich.

Die von uns vertretene Anschauung über die Aetiologie der primären oder idiopathischen Prostatitis suppurativa wird durch folgende Beobachtung bestätigt, die Prof. Jordan in seiner Privatklinik zu machen Gelegenheit hatte.

Krankengeschichte.

42jähriger Mann, will nie ernstlich krank, nie venerisch inficirt gewesen sein. 12 Jahre ist Patient verheirathet und hat 3 gesunde Kinder.

Seit mehr als 20 Jahren besteht bei ihm grosse Neigung zu Furunkelbildung, fast jedes Jahr litt Patient an grösseren oder kleineren Furunkeln im Nacken, an den Beinen, am Gesäss, Skrotum u. s. w., deren Heilung stets spontan in 1—3 Wochen sich vollzog. Die letzte Furunkelaffection war am 7. Juli 1901. Zunächst trat ein grosser Furunkel in der rechten Nackenhälfte mit starker Nekrose und heftigen Schmerzen einhergehend, auf, der in 14 Tagen abgeheilt war. Bald darauf tauchte ein kleinerer Furunkel in der linken unteren Nackengegend auf, dessen Heilung in 4 bis 5 Tagen vollendet war. Etwa am 17. Juli stellten sich plötzlich ohne bekannte Veranlassung Schmerzen in der Blasengegend ein, die sehr heftig wurden und den Schlaf dem Patienten unmöglich machten. Dazu gesellte sich starker Harndrang, sodass Patient alle 5 Minuten uriniren musste. Dabei empfand er heftiges Brennen und Stechen in der Eichel. Der Urin war dunkel, aber klar. Oefters stellte sich Frost- und Hitzegefühl ein. Der Appetit fehlte gänzlich. Mit den ersten Erscheinungen trat sofort Druckgefühl in der After- und Dammgegend und Stuhldrang ein. Der Stuhl erfolgte nur auf Abführmittel. Nach 2 Tagen bestand vollständige Retentio urinae, sodass Patient an vier aufeinanderfolgenden Tagen regelmässig katheterisirt werden musste. Die Einführung des Katheters war sehr schmerzhaft und führte einmal zur Blutung. Weiterhin ging das Uriniren, wenn auch unter Schwierigkeiten, von selbst. Patient musste sich dabei nach vorn überneigen und brachte aber nur ein paar Tropfen unter grossen Schmerzen heraus. Der Urin soll manchmal dicken Schleim enthalten haben. Der Zustand wurde allmählich immer schlimmer. Das Sitzen war wegen der Schmerzen unmöglich, das Gehen und Stehen sehr erschwert. Patient lag theils zu Bett, theils auf dem Sopha und litt ausserordentlich. Der Arzt verordnete Sitzbäder, Suppositorien und Arznei. Anscheinend bestand in der ganzen Zeit Fieber. Der Schlaf war seither sehr gering. Seit 6 Tagen stellten sich in das linke Bein ausstrahlende Schmerzen von grosser Intensität ein, die sich von der Gesässgegend an der Hinterseite des Oberschenkels bis in die Wade ausbreiteten. In Folge dessen musste Patient hinken und das linke Bein nachschleppen. Am rechten Bein traten nie derartige Schmerzen auf. Seit Beginn des Leidens ist Patient stark abgemagert. Als Radfahrer machte er nie grössere Touren und verspürte auch nie Schmerzen im Damm.

Der Status ergab einen schmächtigen, augenscheinlich abgemagerten Mann von leidendem, blassem, heruntergekommenem Aussehen. Die Temperatur war Abends 38,8°, Morgens 38,1°. Puls 100, mittelkräftig, regelmässig. Die Zunge stark belegt; kein Zeichen von Skropulose oder Luës.

Am linken Oberschenkel, aussen im oberen Drittel war eine zehnpfennigstückgrosse, alte Hautnarbe, von einem Furunkel herrührend. Zwei weitere kleinere, ähnlich beschaffene Narben befanden sich in der oberen Hälfte des Oberschenkels. Am Perineum in der Raphe war eine linsengrosse, im Nacken sechs alte, charakteristische Furunkelnarben. In der rechten oberen Nackenhälfte an der Haargrenze war eine noch frische, livid verfärbte, über linsengrosse Narbe sichtbar.

Der Urin war klar, von saurer Reaction, frei von Eiweiss, Zucker und Blut. Die Brust- und Bauchorgane zeigten normale Beschaffenheit. Nirgends liess sich Resistenzgefühl oder Druckempfindlichkeit im Abdomen feststellen, mit Ausnahme der Blasengegend, die auf Druck etwas schmerzhaft war. Penis und Hoden waren normal. In der rechten Skrotalhälfte zeigte sich ein noch nicht aufgebrochener, kleiner Furunkel. Die Leistendrüsen waren nicht geschwollen. Ein Nélatonkatheter gelangte leicht in die Blase. Es entleerte sich klarer Urin. Das Perineum war in der Raphe deutlich vorgewölbt und auf Druck sehr empfindlich. Die ganze Umgebung des Anus war auf Druck schmerzhaft. Die Digitaluntersuchung des Rectum ergab folgenden Befund: An der Stelle der Prostata fand sich eine die vordere Rectalwand nach hinten drängende, eigrosse, elastische, anscheinend fluctuirende, sehr schmerzhafte Geschwulst. Die Urethra war in ihrem Verlaufe nicht empfindlich; es bestand kein Ausfluss aus derselben. Patient litt an den heftigsten Schmerzen, konnte sich nur mit Mühe aufsetzen und musste auch im Liegen oft seine Lage wechseln.

Die Diagnose wurde gestellt auf: Prostatitis et Periprostatitis acuta mit Abscessbildung, metastatisch nach Furunkel des Nackens und Skrotums.

Operation in Chloroform-Narkose. Steinschnittlage. Perineum deutlich vorgewölbt. Bei bimanueller Untersuchung vom Rectum und Damm aus ergab sich eine grosse fluctuirende Geschwulst, deren Eröffnung vom Damm aus beschlossen wird. Querschnitt 2—3 cm vor dem Anus, nach hinten etwas concav; Musculus transversus perinei gespalten, der Raum zwischen Rectum und Urethra freigelegt. In einer Tiefe von 2,5 cm wölbte sich die Geschwulst vor, nach deren querer Incision sich eine grosse Menge dicken geruchlosen Eiters (ca. 200 g) aus einer gänseeigrossen Abscesshöhle entleerte, die sich besonders linkerseits bis an die Beckenwand erstreckte und mehrfache Ausbuchtungen zeigte, die durch Septen getrennt waren. Mittelst des Fingers wurden nun alle Recessus eröffnet und entleert. Die Wunde wurde mit heisser Kochsalzlösung ausgespielt. Nach Einlegen von Speculis in die Höhle zeigte sich, dass die Abscesswand von nekrotischen, eitrig infiltrirten Gewebsmassen gebildet wurde. Die Abscesshöhle wurde drainirt und ausgiebig tamponirt mit Jodoformgaze. Der Eiter wurde in

sterilen Röhrchen zur bakteriologischen Untersuchung aufgefangen, die eine Reincultur von Staphylococcus pyogenes aureus ergab. Der weitere Verlauf gestaltete sich sehr günstig. Patient war sofort nach der Operation schmerz- und fieberfrei und urinirte wieder spontan. Nach 3 Wochen konnte er wieder als geheilt entlassen werden, es bestand nur noch eine kleine Fistel. Als sich Patient nach Verlauf eines Monats wieder vorstellte, war auch diese vollständig geschlossen. Er hatte keinerlei Beschwerden, fühlte sich gesunder wie seit Jahren.

Epikrise: Im Verlauf einer Furunkulose traten bei dem bis dahin gesunden Manne, der speciell niemals eine Gonorrhoe, noch ein sonstiges Leiden des Urogenitalsystems durchgemacht hatte, die typischen Erscheinungen einer schweren Prostataentzündung auf: hohes Fieber, Erschwerung und schliesslich Unmöglichkeit der Urinentleerung, heftigste Schmerzen mit Ausstrahlung nach dem Penis, Perineum, dem linken Bein, schmerzhafte Defäcation, Unmöglichkeit zu sitzen, oder auch liegend ein und dieselbe Stellung inne zu halten, Druckgefühl in After- und Dammgegend. Die ärztliche Behandlung brachte keine Besserung, Patient kam durch die furchtbaren Schmerzen, das Fieber und den Appetitmangel immer mehr und mehr herunter. Die Untersuchung ergab einen noch geschlossenen Abscess der Prostata, der im Begriffe war, nach dem Perineum zu sich auszubreiten. Ein Durchbruch in den Blasenhals war nicht erfolgt: Der Urin war vollkommen normal. Die Incision vom Damm aus ergab eine grosse prostatische und periprostatische Eiterhöhle. Unter offener Behandlung derselben erfolgte in einigen Wochen vollständige Heilung, und Patient ist seitdem dauernd gesund und frei von jeglichen localen Beschwerden.

Was nun die Entstehungsursache der prostatischen Eiterung betrifft, so dürfte es kaum einem Zweifel unterliegen, dass ein Causalzusammenhang zwischen der Furunkelbildung und der Abscessentwicklung besteht, dass letztere auf hämatogenem Wege durch Eindringen von Kokken in die Drüse entstanden ist. Für diesen Entstehungsmodus sprechen einmal das Fehlen jeglicher localen Veranlassungsursache, sodann die Identität der Krankheitserreger des primären und secundären Herdes.

Die Prostatitis ist also aufzufassen als metastatische, eine pyämische; es handelt sich um eine von einem Furunkel ausgegangene Blutinfection mit einziger Localisation in der Prostata, also um eine Pyämie mit einziger Metastase. Vorliegende Erkrankung ist in directe Parallele zu stellen zu der acuten Osteomyelitis, Peri- und Paranephritis, Strumitis, die nach geringfügigen Eiterungen an der Körperoberfläche sich entwickeln.

Eine Durchmusterung der Literatur ergiebt, dass ähnliche Beobachtungen wie die unserige, wenn auch in sehr geringer Zahl, bereits gemacht worden sind, so von Tuffier und Berg.

Fall von Tuffier.

31jähriger Mann, der nie eine venerische Infection, nie eine Blennorrhagie sich zugezogen hatte, erkrankte im Anschluss an einen grossen Karbunkel des Nackens, der spontan aufgebrochen und abgeheilt war, an Urinbeschwerden. Die Miction erfolgte in grösseren Intervallen, war schmerzhaft und ging nur schwierig von statten. Es bestand leichtes Fieber sowie Appetitlosigkeit. Patient hatte das Gefühl „als ob sich ein Hinderniss am Hals der Blase befände.“ Die Digitaluntersuchung des Rectum ergab eine Prostata von Eigrösse, hart, gespannt, von regelmässiger Oberfläche, an der Peripherie schmerzhaft. Im Centrum derselben war deutlich Fluctuation nachzuweisen. Die Harnröhre war bequem für den Katheter durchgängig, aber die Pars prostatica nur unter den lebhaftesten Schmerzen zu passiren. Der Urin war reich an Phosphaten und Uraten, frei von Zucker, Eiweiss und Eiter.

Die Diagnose lautete: Metastatischer Abscess der Prostata nach Karbunkel des Nackens.

Die Incision wurde in der Medianlinie des Dammes gemacht und ergab ein Glas voll Eiter, welcher, bakteriologisch untersucht, eine Reinkultur von Staphylococcus pyogenes aureus ergab. Die Wunde heilte glatt aus.

Soweit deckt sich dieser Fall ganz mit dem von uns beobachteten. Bei dieser metastatischen Localisation allein blieb es aber hier nicht, sondern es traten einige Zeit später noch an den verschiedensten Stellen Eiterungen auf. So gesellte sich zu dem Abscess in der Prostata noch eine perinephritische Phlegmone, ein Abscess der rechten Schulter, Phlegmone des rechten Oberschenkels und der rechten Lumbalgegend, die nach vollzogenen Incisionen glatt ausheilten.

Fall von Berg.

44jähriger Schmied, schon längere Zeit wegen eines weit ausgedehnten Karbunkels der linken Lumbalgegend, der bereits chirurgisch behandelt worden war, bettlägerig, klagte über Schmerzen bei der Urinentleerung, über Urindrang und trübe Beschaffenheit des Harns. Früher hatte Patient schon häufig durch zahlreiche Furunkel auf der Schulter zu leiden gehabt, so will er deren einmal 22 gezählt haben.

In der linken Lumbalgegend war eine über Handtellergrösse ausgedehnte, in Vernarbung begriffene Karbunkelfläche sichtbar. Die wegen der erwähnten Blasenbeschwerden vorgenommene Harnuntersuchung ergab einen gleichmässig trüben, dunkelroth gefärbten Urin, von saurer Reaction, mit zahlreichen weissen und rothen Blutkörperchen, reichlich Eiweiss, hyalinen und epithelialen Cylindern.

Durch Digitaluntersuchung des Rectums liess sich eine geschwollene, allseitig vergrösserte Prostata constatiren, die sich prall elastisch anfühlte. Die Betastung wurde schmerzhaft empfunden, auf Druck entleerte sich

aus dem Orificium externum ein profus eitriges Secret, das frei von Gonokokken war. Die Temperatur betrug 39°. Etwa 9 Tage vor der ärztlichen Untersuchung soll der Urin frei von Eiweiss gewesen sein. Der eitrige Ausfluss rührte offenbar von einem in die Urethra durchgebrochenen Prostata-Abscess her, dessen Secret theils in die Blase sich ergossen und dort Cystitis verursacht hatte, theils auf Druck vorne am Orificium externum sichtbar wurde. Nach etwa 8 Tagen trat eine Nebenhoden-Entzündung auf, die bald abcedirte. Es wurde incidirt und die Wunde drainirt. Der Urin war bald klar und frei von Eiweiss.

Bei der Frage nach dem Zusammenhang der verschiedenen Krankheitssymptome kommt ohne Zweifel als primärer Infectionsherd für den ganzen Harn- und Geschlechtstractus zunächst der Prostataabscess in Betracht, der durch seinen Durchbruch in die Urethra einmal die Blase inficirte, dann auch durch das Vas deferens die Nebenhoden zur Abscedirung brachte. Eine bakteriologische Untersuchung des Eiters fand nicht statt. Nichtsdestoweniger kann man wohl annehmen, dass die Prostata aller Wahrscheinlichkeit nach durch hämatogene Metastase von dem Karbunkel aus inficirt worden war.

Ueber die pathologische Anatomie der acuten abscedirenden Prostatitis giebt uns eine Beobachtung von Hanau Auskunft, der Gelegenheit hatte, bei der Section eines an Pyämie zu Grunde gegangenen Mannes die metastatisch inficirte Prostata histologisch zu untersuchen. Makroskopisch war die Drüse stark vergrössert, in beiden Lappen fanden sich eine grosse Anzahl dicht gestellter durchschnittlich hirsekorngrosser, mit dickem, gelbem Eiter gefüllter Abscesse. Im rechten Lappen waren ausserdem noch eine Anzahl unregelmässig gestalteter, bis erbsengrosser Abscesse. Der mikroskopische Befund liess in diesem Falle erkennen, dass die Vereiterung der Prostata in Folge des Eindringens von Mikroorganismen in das Lumen der Drüsenbläschen auf dem Wege der Durchwanderung durch das Drüsenepithel entstanden war. Schon die oberflächliche Betrachtung mit schwacher Vergrösserung lehrte, dass die Abscesse im Inneren der Drüsenbläschen, nicht im Stroma der Drüse sich gebildet hatten. Mikrokokken waren in diesen Abscessen in reichlicher Menge vorhanden, theils zerstreut in kleinen Gruppen zwischen den Eiterzellen der intraacinösen Abscesse, theils in der Mitte der Eiterhöhle gelegen, als grössere, rundliche Ballen, die sich am Rande auflösten, zum Theil aber auch in eitriger Anordnung in der Nähe der Wand und derselben parallel verlaufend. Andere Alveolen zeigten wesentlich fibrinöse Massen, wiederum andere Uebergänge von der fibrinösen zu der eitrigen Entzündung, da man in ihnen den Fibrinballen in der Mitte gelegen und zusammengeschoben von einer mehr oder weniger dicken

Lage von Eiter umgeben fand. In derartigen beginnenden intraacinösen Abscessen fehlte dann das ganze Epithel und recht oft konnte man die vorhin erwähnte streifenförmige Anordnung der Kokken sehen und zwar nicht selten in 2 und mehreren Schichten, der Wand parallel und unter sich concentrisch. Endlich fanden sich an einer Stelle der Drüse Acini, die den geringsten Grad von entzündlichen Veränderungen zeigten und an welchen man nur eine geringe Anhäufung von zelligem Material im Lumen wahrnehmen konnte, es waren losgelöste Epithel- und Eiterzellen. Die Wand solcher Bläschen war, wenn auch nicht vollkommen, so doch stets auf einer Seite mit Epitelzellen bedeckt, die meist in Desquamation begriffen und von Eiterzellen durchwandert waren. In dieser Epithelschicht fanden sich nun in einer grossen Anzahl von Acini Kokken, die theils zwischen Epithel und Stroma, theils innerhalb der Epithelzellen, vielleicht auch zwischen solchen in kleinen Gruppen von wenigen Exemplaren deutlich zu erkennen waren.

Gerade das letztere Bild, die concentrischen von Exudatzellen getrennten Kokkenschichten, deutet wohl auf eine Durchwanderung der Alveolenwand in verschiedenen Schüben hin.

Die aus der Literatur berichteten Fälle, sowie unsere eigene Erfahrung machen es sehr wahrscheinlich, dass das Gros aller idiopathischen acuten Prostatitiden einer hämatogenen Infection seine Entstehung verdankt und es ist wahrscheinlich, dass die einschlägige Casuistik rasch wachsen wird, wenn die Aufmerksamkeit auf diese Aetiologie gelenkt und durch genaue Untersuchung des ganzen Körpers und eine eingehende Erforschung der Vorgeschichte nach der Eingangspforte gefahndet wird.

Was die therapeutische Seite der fraglichen Erkrankung betrifft, so ist von der frühzeitigen Eröffnung des Eiterherdes am raschesten Heilung zu erwarten. Solange sich noch kein Abscess gebildet hat, ist das allgemeine antiphlogistische Verfahren anzuwenden. Die Indication zur Incision ist gegeben, sobald die Diagnose „Abscessbildung“ feststeht, auch wenn der Eiterherd noch nicht an die Oberfläche vorgedrungen ist; denn abgesehen davon, dass die Patienten den qualvollsten localen Beschwerden ausgesetzt sind, ist ein solcher tiefliegender Eiterungsprocess, wie der der Prostata, auch stets eine Gefahr für den übrigen Körper; er kann jederzeit die Veranlassung zu weiteren pyämischen Metastasen werden, wie die Fälle von Tuffier und Berg wohl zur Genüge gezeigt haben. Für die Eröffnung noch tiefliegender geschlossener prostatischer Abscesse ist der perineale Weg der zweckmässigste. Es empfiehlt sich — nach dem

Verfahren von Zuckerkandl — von einem queren oder leicht bogenförmigen, zwischen Anus und Bulbus urethrae geführten Schnitt in die Tiefe vorzudringen und dem Eiter freien Abfluss zu verschaffen. Die Drainage durch das Rectum ist nur dann in Anwendung zu ziehen, wenn der Abscess sich in den Darm vorwölbt und in denselben zu perforiren droht.

Literaturverzeichniss.

Berg, G., Seltene Complicationen eines Furunkels. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 33. Bd. 1901.

Hanau, A., Ueber einen Fall von eitriger Prostatitis bei Pyämie. Ziegler's Beiträge z. path. Anatomie. 4. Bd. 1889.

Jordan, M., Die acute Osteomyelitis mit besonderer Berücksichtigung ihres Verhältnisses zu den pyogenen Infectionen. Beitr. z. klin. Chirurgie. 10. Bd. 1893.

Minet, H., Les Suppurations prostatiques et périprostatiques. Thèse de Paris. 1901.

Routier, A., Causes et Traitement des Abcès chauds de la Prostate. Presse médicale. No. 13. 1990.

Segond, P., Des Abcès chauds de la Prostate et du Phlegmon périprostatique. Thèse de Paris. 1880.

Tuffier, M., Infection généralisée à Staphylococque doré avec Abcès prostatique. Revue de Chirurgie. 1895.

Lebenslauf.

Ich, August Söhngen, evang. Confession, wurde geboren am 1. Dezember 1878 zu Euskirchen (Rheinprovinz) als Sohn des Kaiserl. Postmeisters Carl August Söhngen und der Sophie Emilie Söhngen, geb. Wieblitz. Von Ostern 1884 bis 1889 besuchte ich die Elementarschule in Berg. Gladbach, Regierungsbezirk Köln (Rhein), wohin mein Vater versetzt worden war. Trat Ostern 1889 in die dortige höhere Bürgerschule ein, wo ich bis zum Herbst 1893 blieb. Meine Eltern siedelten Oktober 1893 nach Darmstadt über, woselbst ich das neue Gymnasium besuchte und Ostern 1898 das Maturitätsexamen bestand. Sodann widmete ich mich dem Studium der Medizin, und zwar zunächst in Göttingen von Ostern 1898 bis Ostern 1900. Nachdem ich dort das Physikum bestanden hatte, ging ich nach Freiburg i. B., und blieb daselbst bis Ostern 1901. Zur Beendigung meiner Studien ging ich nach Heidelberg, wo ich Mitte Januar 1903 das Staatsexamen bestand.